

# L'exercice du partenariat : une analyse exploratoire à travers le développement d'un service d'intervention de crise dans le territoire du Haut-Richelieu

## Partnership in Practice: An Exploratory Analysis Through the Development of a Crisis Intervention-Center in the Haut-Richelieu Area

Aimé Lebeau et Christian Viens

Volume 16, numéro 2, automne 1991

Crise et intervention

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032230ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032230ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lebeau, A. & Viens, C. (1991). L'exercice du partenariat : une analyse exploratoire à travers le développement d'un service d'intervention de crise dans le territoire du Haut-Richelieu. *Santé mentale au Québec*, 16(2), 121-138. <https://doi.org/10.7202/032230ar>

### Résumé de l'article

Cet article analyse la conception, le processus d'implantation et les objectifs d'un service d'intervention en situation de crise dans le territoire du Haut-Richelieu. Il examine les forces et les résistances à l'exercice du partenariat préconisé par la Politique en santé mentale au Québec. Les auteurs décrivent la pratique du partenariat lors des différentes phases d'implantation du programme, en montrant son influence sur le risque ou le potentiel de dérive du projet et ses lacunes. Au terme de cette description de l'évolution du projet, ils soulignent, à travers les contraintes et les conditions de réalisation d'un partenariat, les différences entre l'approche obligée du partenariat et sa logique et l'approche issue d'un désir commun et d'une volonté collective de répondre à des besoins reconnus.



## **L'exercice du partenariat: une analyse exploratoire à travers le développement d'un service d'intervention de crise dans le territoire du Haut-Richelieu**

Aimé Lebeau\*  
Christian Viens\*

Cet article analyse la conception, le processus d'implantation et les objectifs d'un service d'intervention en situation de crise dans le territoire du Haut-Richelieu. Il examine les forces et les résistances à l'exercice du partenariat préconisé par la Politique en santé mentale au Québec. Les auteurs décrivent la pratique du partenariat lors des différentes phases d'implantation du programme, en montrant son influence sur le risque ou le potentiel de dérive du projet et ses lacunes. Au terme de cette description de l'évolution du projet, ils soulignent, à travers les contraintes et les conditions de réalisation d'un partenariat, les différences entre l'approche obligée du partenariat et sa logique et l'approche issue d'un désir commun et d'une volonté collective de répondre à des besoins reconnus.

**D**ans la Politique de santé mentale au Québec, le partenariat se révèle la façon privilégiée de concevoir l'organisation des services (MSSS, 1989). Cependant, il faut reconnaître qu'il existe des forces motrices et restrictives à l'exercice de ce partenariat. Quelles sont-elles? Comment se manifestent-elles? Et quelles sont les conditions nécessaires à l'organisation d'un service d'intervention en situation de crise? Telles sont les principales interrogations qui animent cet article.

---

\* Aimé Lebeau est sociologue de la santé et adjoint à la planification, à la recherche et au développement au Département de santé communautaire de l'hôpital du Haut-Richelieu. Christian Viens est travailleur social et agent de recherche au Département de santé communautaire de l'hôpital du Haut-Richelieu. Nous tenons à remercier le docteur Yves Tremblay pour ses commentaires et suggestions à la suite de la lecture du manuscrit. Les propos du présent article n'engagent toutefois que la responsabilité de ses auteurs.

Ce questionnement a été amorcé à l'automne 1987, alors que le Département de santé communautaire de l'hôpital du Haut-Richelieu (DSC-HHR) recevait, du ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), le mandat de procéder à l'évaluation d'un programme d'intervention en situation de crise sur son territoire. Le but premier de cette démarche était d'étudier aussi justement que possible l'effet dudit programme sur le désengorgement des services d'urgence d'un centre hospitalier. L'approche choisie pour cette évaluation nous a conduit à l'analyse de la dynamique des acteurs au niveau de la conception, de l'implantation et du développement d'un tel projet. Dans cette perspective, on a tenu compte des conditions d'implantation et de mise en œuvre du programme à la lumière de ses caractéristiques prévues initialement. De plus, il est apparu important d'identifier les facteurs qui ont influencé les résultats obtenus ainsi que l'atteinte des objectifs poursuivis. Bref, l'implantation de ce programme s'est avéré un moment privilégié d'observation des résistances à l'exercice du partenariat préconisé dans la Politique de santé mentale au Québec.

En premier lieu, nous décrirons le contexte général de l'expérience de partenariat et les caractéristiques du programme d'intervention en situation de crise sur le territoire du Haut-Richelieu. Par la suite, nous préciserons la méthodologie de recherche utilisée pour évaluer ce programme. Dans un troisième temps, nous analyserons la dynamique des acteurs au cours des différentes phases de l'évolution du projet. En conclusion, après avoir présenté les principaux effets du programme sur le désengorgement des services d'urgence d'un centre hospitalier, nous traiterons des contraintes et des conditions de l'exercice du partenariat.

### **Contexte général de l'expérience de partenariat**

Le 18 juin 1986, madame Thérèse Lavoie-Roux, ministre de la Santé et des Services sociaux, annonçait publiquement une série de dispositions visant à désengorger les salles d'urgences de la Montérégie. Dans ce contexte, la région montréalaise s'est vu imposer des mesures concernant, entre autres clientèles, les malades psychiatriques. Il s'agissait spécifiquement de l'implantation d'un centre de crise dans la sous-région de Longueuil, ainsi que de la consolidation de ressources alternatives de halte-crise et d'hébergement temporaire. Comme le souligne Lagacé (1988), l'implantation d'une mesure de désengorgement du «centre de crise» a impliqué des délais «dus à la conception de ce nouveau service et aux nombreuses modifications lors de son cheminement dans le processus bureaucratique d'autorisations». Ce délai a eu pour conséquence de rendre disponible le budget non dépensé de l'année antérieure (un budget récurrent de 400 000 \$ a été alloué pour ce centre).

Le territoire du Haut-Richelieu a reçu, à même ce budget non dépensé, une subvention ponctuelle pour un programme de formation à l'intention des intervenant-e-s, dont a profité l'ensemble des partenaires d'un centre hospitalier (CLSC, ressources alternatives, etc.). Ce budget non dépensé a aussi rendu possible la création de familles d'accueil spécialisées pour recevoir les malades en transit à l'urgence de ce centre hospitalier. Ces programmes sont importants et favorisent d'ores et déjà l'implantation d'équipes d'intervention de crise.

Le centre de crise de Longueuil n'a pas d'impact significatif sur l'urgence du centre hospitalier. Ce constat a été effectué par Proulx (1987), qui estime «qu'étant donné la distance géographique, les différences de problématiques entre les régions de Longueuil et celle de Saint-Jean, il serait impossible d'avoir des liens d'aide directe et immédiate pour cette région».

Cette affirmation est renforcée par les travaux qui ont conduit aux orientations 1987-1992 du Conseil de la santé et des services sociaux de la Montérégie. En 1987, les participant-e-s à la table de concertation en santé mentale du Haut-Richelieu, regroupant tous les partenaires concernés, élaborèrent un programme d'équipes d'intervention de crise pour la sous-région du Haut-Richelieu. La promotion de ce programme comme alternative adaptée à la sous-région pour désengorger le service d'urgence d'un centre hospitalier a permis l'obtention, en décembre 1987, d'un budget pour l'implantation d'un tel service.

Le programme d'intervention en situation de crise sur le territoire du Haut-Richelieu représente donc un projet-pilote, qui s'inscrit dans un plan de développement de services en santé mentale et en psychiatrie pour la sous-région (Gendreau, 1987). Ce plan concerne essentiellement les clientèles adultes et il est caractérisé par une consolidation de l'infrastructure des soins spécialisés, par une articulation des services de première ligne, adaptée aux réalités du territoire et par un soutien au développement d'un réseau de ressources communautaires en santé mentale. Le maintien des clientèles dans la communauté constitue le pivot de l'organisation des services; l'intervention en situation de crise représente un service d'accueil, d'évaluation et d'orientation de ces clientèles.

### **Objectifs et caractéristiques du programme**

Étant donné que le programme d'intervention en situation de crise se veut une mesure de désengorgement des services de l'urgence d'un centre hospitalier, il poursuit les objectifs suivants:

- Offrir une alternative à l'utilisation des services d'urgence d'un centre hospitalier, les soirs et les fins de semaine, auprès des clientèles en détresse émotionnelle vivant dans la communauté. Le suivi de crise doit être assuré par les ressources de jour.
- Mettre sur pied un service d'intervention en situation de crise dans la sous-région du Haut-Richelieu, sans combler pour autant les lacunes d'autres services.
- S'adapter à la situation de crise, c'est-à-dire développer un réseau de services proposant accueil, évaluation, réponse immédiate et orientation des demandes d'aide sur le territoire.

Ce programme s'adresse à des adultes confrontés à des problèmes psychiatriques et/ou psychosociaux. L'état de ces personnes ne doit cependant pas présenter une menace pour leur intégrité physique ou pour leur entourage. En somme, il ne s'agit pas d'un service d'urgence.

L'équipe d'intervention de crise mise sur pied en juillet 1988 se compose d'une coordonnatrice et de deux travailleurs de quartier. Actuellement implantée dans un CLSC, elle est disponible à des heures où la majorité des organismes du milieu ne sont pas accessibles, soit de 16 h à 24 h, sept jours par semaine. Ainsi, la responsabilité des organismes de jour ne se trouve pas modifiée par son existence. Les services offerts sont l'intervention téléphonique et l'intervention directe dans la communauté. À ce jour, les interventions à domicile sont limitées à un rayon d'action de 35 km, soit environ 35 minutes de Saint-Jean-sur-Richelieu, alors que les interventions téléphoniques ont une portée sous-régionale.

Sur le plan administratif, le programme est actuellement géré par un comité de gestion composé des directeurs généraux des quatre CLSC de la sous-région et du directeur général du centre hospitalier. L'hôpital en est le fiduciaire alors que le CLSC a le mandat de gérer et d'assurer le bon fonctionnement de l'équipe d'intervention de crise.

### **Cadre conceptuel du processus d'implantation**

Comme dans bien d'autres cas, les conditions d'implantation de ce programme n'étaient pas idéales et son déroulement n'a pas toujours suivi exactement le schéma initial. Le suivi de la mise en œuvre requiert donc un cadre d'analyse des facteurs susceptibles de modifier les résultats attendus. Le cadre conceptuel général retenu est celui de Bellavance (1985), où le modèle proposé adopte une perspective systémique et offre une grille d'analyse du processus d'implantation.

Bien qu'il soit développé dans le cadre de l'élaboration des politiques, ce modèle nous permet, lorsqu'il s'agit d'un programme de ser-

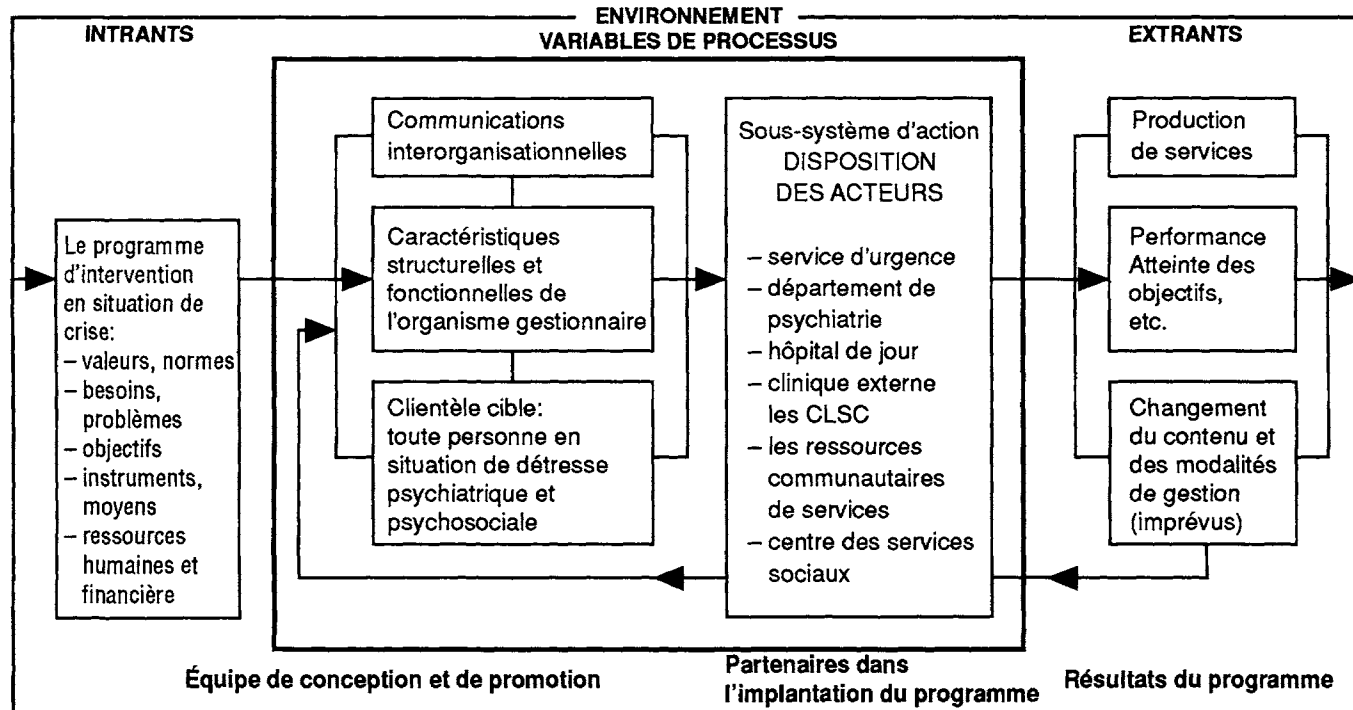
vice, d'intégrer l'ensemble des informations requises pour l'évaluation du processus de mise en œuvre ou d'implantation. L'organisation structurée de l'information selon ce modèle offre les avantages suivants:

- une perception globale;
- une étude des effets d'interrelations entre les composantes;
- la reconnaissance de variables centrales, c'est-à-dire du sous-système d'action (les acteurs);
- une évaluation des actions en cours et une possibilité de modifier ces actions (rétroaction continue).

La représentation de ce modèle est illustrée dans le schéma 1 ci-après. Ainsi, le modèle systémique comporte trois grands ensembles: les intrants, les variables de processus et les extrants. Dans les intrants, nous retrouvons les variables qui, dans le contenu même du programme, peuvent en affecter l'implantation: le degré de changement qu'implique le programme dans le milieu, le degré de consensus ou de conflit qui a présidé à l'élaboration et à l'implantation du programme et le degré de spécificité du programme, soit la problématique, les objectifs et l'opérationnalisation. Les variables de *processus* regroupent les facteurs qui peuvent influencer le déroulement du programme en cours de déroulement: les communications inter-organisationnelles (procédures de coordination et état des relations avec les services), les caractéristiques structurelles et fonctionnelles des organismes mandataires, la disposition des partenaires et les caractéristiques de l'environnement. Enfin, les *extrants* sont les résultats obtenus, soit la production de services, l'atteinte des objectifs poursuivis et les changements survenus aux plans du contenu et des modalités de gestion du programme.

On constate que, pour chacune des composantes mentionnées, une multiplicité de variables sont susceptibles d'influencer le processus d'implantation. Une telle grille d'analyse est audacieuse; elle a cependant le mérite de présenter l'ensemble des composantes d'une manière systémique et dynamique. En pratique, toutefois, on se rend compte qu'une analyse complète et détaillée de toutes les étapes d'implantation du programme est une entreprise irréaliste. Nous avons donc fait des choix et opéré une sélection en fonction de thèmes et de questions précises d'évaluation: relativement à la *clientèle* (Quelle est la clientèle-cible et la clientèle rejointe? Quelles sont les problématiques de cette clientèle?), à la *dynamique entre la demande et les services offerts* (Qu'en est-il de la concertation entre les ressources du milieu? Quels sont les mécanismes de référence de la clientèle? Quel est l'état actuel de la structure de gestion du programme?) et par rapport à l'*atteinte de*

**Schéma 1**  
Cadre d'analyse du processus d'implantation



Adaptation par Aimé Lebeau du modèle conceptuel proposé par Bellavance (1985).

*l'objectif général* (Quels sont les résultats obtenus concernant la clientèle et le désengorgement des services d'urgence?).

### Éléments de méthode

Il s'agit d'un programme novateur. À notre connaissance, un tel projet n'a jamais été implanté ni évalué, et la configuration des interventions en est encore au stade de la recherche et du développement; l'efficacité du système d'organisation de services incluant le personnel, les ressources matérielles, les procédures, etc., n'a pas été mise à l'épreuve. D'un point de vue méthodologique, l'évaluation d'un tel programme passe par une cueillette systématique des informations utiles en fonction des thèmes et des questions mentionnés plus haut. Comme l'indique l'étude de Lagacé (1988) portant sur la conception d'un protocole d'évaluation pour le programme d'équipes d'intervention de crise en santé mentale, nous avons retenu trois classes d'évaluation: l'analyse de la conceptualisation et du schéma des interventions, le suivi de l'implantation et l'estimation de l'utilité du programme. Brièvement, ces évaluations peuvent être décrites de la façon suivante:

*L'analyse de la conceptualisation et du schéma des interventions* est le point de départ du processus, car elle permet de saisir la dynamique à l'origine du programme. De plus, cette évaluation permet de connaître le programme conçu. Cette connaissance sera utile pour comparer le degré de similitude et, de cette façon, pouvoir expliquer les modifications.

*Le suivi de l'implantation* ou l'évaluation «en cours de réalisation» permet de vérifier dans quelle mesure les objectifs fixés sont respectés et d'expliquer les conséquences des changements apportés. Cette évaluation est, comme le souligne Lagacé (1988), «une activité évaluative qui dépend en grande partie d'un bon système d'information, pouvant fournir des données précises sur le déroulement et les effets du programme». Pour ce faire, on a conçu des fiches d'interventions téléphoniques et d'interventions directes qui ont permis l'élaboration de rapports statistiques et de bilans d'intervention de l'équipe de crise, pour la période du 23 juillet 1988 au 30 novembre 1989. De plus, des études spécifiques ont été réalisées<sup>1</sup>: d'une part, une étude de cas ayant trait au profil des utilisateurs fréquents du service d'interventions de crise et à son impact sur l'utilisation des services hospitaliers et, d'autre part, une étude descriptive des problématiques vécues par les personnes en état de crise aiguë, rejointes par le service d'interventions de crise.

Enfin, *la détermination de l'utilité du programme* qui correspond à l'évaluation de l'efficacité ou de l'atteinte des objectifs poursuivis



envers la clientèle cible, aux modes d'interventions, aux mécanismes de référence, aux situations de gestion et aux liens entre les partenaires. Cette évaluation a été réalisée à l'aide d'une étude spécifique des effets du service d'intervention de crise sur le désengorgement des services de l'urgence du centre hospitalier et par une étude de perceptions des ressources du milieu par rapport à ce programme.

Ces travaux ont été menés en collaboration avec les partenaires concernés, dont les membres de l'équipe d'intervention de crise. Cette approche se voulait formative et systémique, c'est-à-dire une démarche d'enrichissement du programme et d'analyse globale du cadre d'intervention.

Dans le présent article, notre intention n'est pas de rendre compte de l'ensemble des résultats obtenus par les travaux que nous venons de mentionner. Bien que nous présentons au passage certains des résultats, notamment en ce qui concerne l'utilité du programme, nous voulons surtout mettre en évidence le sous-système d'action des partenaires aux différentes phases d'implantation.

## **Résultats**

L'analyse de chacune des étapes de l'implantation du programme à la lumière des variables de processus de notre modèle général nous a permis une analyse descriptive détaillée de son déploiement. Une telle perspective d'analyse a aussi favorisé l'identification des divers facteurs qui ont influencé son développement à travers les multiples débats sous-jacents à l'exercice du partenariat. Les différentes phases présentées ci-après abordent ces dimensions dans l'ordre chronologique suivant:

- Une phase d'euphorie suivie par la mise à l'épreuve de la concertation, de juin 1987 à février 1988 (9 mois);
- Une phase de concertation contrôlée, de mars 1988 à février 1989 (12 mois);
- Une phase de concertation restreinte et transférée, de mars 1989 à novembre 1989 (9 mois).

Les principaux résultats relatifs au sous-système d'action des acteurs ou partenaires sont présentés au tableau 1 ci-après.

### **Phase d'euphorie suivie par la mise à l'épreuve de la concertation**

Décrite comme euphorique et marquée par la mise à l'épreuve de la concertation, la première phase montre la fragilité d'un partenariat anticipé à partir d'une possibilité de projet. Dans le cas qui nous

**TABLEAU 1**  
**Synthèse de l'évaluation du projet RISC\***

| Clientèle  |   | Gestion du service et caractéristiques d'implantation   | Objectifs  |
|--|---|---|--|
| <b>PHASE I</b><br>Euphorie et mise à l'épreuve concertation<br>Juin 87 — fév 88 (9 mois) |   | — Phase de reconceptualisation — Subvention réduite plusieurs scénarios proposés, concertation éprouvée   |  |
| <b>PHASE II</b><br>Concertation contrôlée<br>Mars 88 — fév. 89 (12 mois)                 | <b>Profil:</b><br>— 53 % femmes<br>— 66 % ville de St-Jean<br>— 38 ans moy. d'âge<br>— 66 % réutilisation + 1 fois (5 pers. = 41 % demandes grands utilisateurs)<br><br><b>Problématiques:</b><br>— 20 % alcoolisme-toxico<br>— 21 % idées suicidaires<br>— 13 % troubles conjugaux<br>— 26 % deuil, hébergement, adaptation, finances, solitude, etc.<br>— 21 % tierce personne (membre de la famille, ami)<br>n: 119 (356 demandes) | — Création du comité d'implantation<br>— Retour version initiale du projet appliquée au territoire du CLSC (intervention directe)<br>— 23 juillet 1988 (début des activités du service)<br>— Interventions menées en milieu hospitalier (caractère bicéphale, coordonnatrice au CH et intervenants en CLSC)<br>— Prise en charge excessive de certains clients<br>— 91 % des demandes d'aide proviennent du CH<br>— 24 % références formelles:<br>• organismes communautaires 54 %<br>• psychiatrie 21 % (n: 97)<br>• organismes publics 25 %<br>— 87 % interventions téléphoniques: 34 minutes en moyenne<br><br>Ouvverture: 14h00 — 2h00 / 4 jours / semaine                              | — 26 % clientèle est suivie en psychiatrie (60 % demandes d'aide)<br><br>— Dérive de l'objectif, puisque prise en charge excessive des clients; désengorgement de la clinique externe plutôt que désengorgement de l'urgence   |
| <b>PHASE III</b><br>Concertation restreinte et transférée Mars 89 — nov. 89 (9 mois)     | <b>Profil:</b><br>— 61 % femmes<br>— 71 % ville de St-Jean<br>— 36 ans moy. d'âge<br>— 49 % réutilisation + 1 fois<br><br><b>Problématiques:</b><br>— 14 % alcoolisme-toxico<br>— 9 % idées suicidaires<br>— 39 % deuil, hébergement, adaptation, finances, solitude, etc.<br>— 16 % tierce personne<br>n: 289 (1 128 demandes)   | — Transfert de la gestion du projet aux DG: CH-HR et des 4 CLSC<br>— Dissolution du comité d'implantation<br>— Stratégie de promotion du service dans le milieu<br>— Discussion philosophie d'intervention — approche intervention de crise<br>— Prise en charge excessive corrigée<br>— Responsabilité médicale et accès données: une résistance dans la référence à l'équipe<br>— 44 % des demandes d'aide proviennent du CH: 12 % amis, 7 % org. comm., 7 % org. publics, 8 % journaux, 5 % CLSC<br>— 20 % références formelles: 44 % org. comm., 18 % psych., 22 % org. publics, 16 % autres<br>— 86 % interventions téléphoniques<br><br>Ouvverture: 16h00 — 24h00 / 7 jours / semaine | — 34 % clientèle est suivie en psychiatrie (58 % demandes d'aide)<br>— Réduction de la clientèle récurrente<br>— Action indirectement sur l'urgence (désengorgement)<br>— Diminution durée séjour et fréquence des visites par la clientèle psychiatrique<br>— Soutien ponctuel et immédiat des clientèles à risque dans la communauté<br>— Reste à faire le RISC, le suivi communautaire et la concertation de ressources |

\* Réseau d'intervention en situation de crise.

concerne, la mobilisation de partenaires multiples se réalise, comme nous l'avons indiqué plus haut, en polarisation avec une autre sous-région mieux pourvue en ressources mais confrontée à des problèmes de concertation. La non-utilisation des ressources financières possibles pour l'intervention de crise amène la table de concertation des intervenants en santé mentale du Haut-Richelieu à présenter un projet original et stratégique.

En octobre 1987, ce projet est accepté. Il obtient une subvention de 85 000 \$ récurrente sur deux ans, alors que le budget minimal réclamé était de 137 000 \$. Ce budget minimal devait desservir progressivement les quatre CLSC de la sous-région en matière d'interventions à domicile. Une révision du projet s'imposait donc et un comité consultatif est mandaté pour le redéfinir en fonction des sommes disponibles. Divers scénarios d'opérationnalisation sont proposés par les organismes concernés. Cependant, aucun ne s'inspire du projet initial et aucun d'eux ne fait l'unanimité entre les partenaires. Des raisons d'ordres pratique, stratégique ou politique sont évoquées pour abandonner le projet dans sa forme initiale ou pour chercher à l'utiliser pour consolider les ressources existantes.

Dès lors, les rapports de concertation interorganisationnelle éclatent, ce qui donne lieu à d'intenses négociations dans ce milieu. Parallèlement, dans le cadre d'autres budgets, des projets complémentaires lancés par les mêmes acteurs sont proposés au Conseil de la santé et des services sociaux de la Montérégie (CSSSM), soit la mise sur pied d'une ligne d'écoute téléphonique et d'une famille d'accueil spéciale sur le territoire du Haut-Richelieu. Seul le deuxième projet est accepté et financé par le CSSSM. Il s'agit d'une ressource d'hébergement temporaire qu'on nomme dans le milieu «l'auberge» du Centre de services sociaux Richelieu (CSSR). Elle s'adresse à une clientèle psychiatrique qui nécessite une réadaptation sociale à la suite d'une hospitalisation. Elle a une action directe sur le désengorgement du centre hospitalier.

En ce qui a trait spécifiquement au programme d'intervention en situation de crise, le résultat de cette dynamique de milieu est le passage de la concertation entre intervenants à l'arbitrage décisionnel des directeurs des établissements concernés. Du point de vue des intervenants, cette situation apporte un soulagement puisqu'elle déplace la responsabilité de l'échec de la concertation, et surtout elle fait disparaître la confrontation entre eux.

Au cours de cette phase, le programme d'intervention en situation de crise du Haut-Richelieu n'est pas fonctionnel, malgré la rareté des ressources psychiatriques d'une sous-région caractérisée par sa ruralité.

Les rapports interstructurels et interorganismes ont donné naissance à de nouvelles alliances stratégiques plutôt qu'à une pratique d'interventions de réseau ou une action collective de résolution de problèmes. Les ambiguïtés liées aux champs de responsabilité de la structure de concertation entre intervenants, aux modalités d'organisation du service et aux objectifs d'intervention du programme nous apparaissent les facteurs déterminants de cette situation.

### **Phase de concertation contrôlée**

Cette deuxième phase dite de concertation contrôlée fait ressortir deux difficultés d'une pratique d'interventions qui impliquent une articulation des éléments institutionnels et communautaires. Premièrement, elle montre une polarisation souvent idéologique des relations interorganisationnelles. Deuxièmement, chacun des établissements de santé mentale s'articule autour de son propre réseau d'appartenance ou de référence dans une perspective formelle, contractuelle ou informelle d'affinités. Dans le cas qui nous occupe, cela se traduit par la transformation d'une structure de concertation, composée d'intervenants des milieux institutionnels et communautaires, en une structure parallèle de gestion, composée essentiellement des directeurs généraux du milieu institutionnel, centrée sur l'atteinte de l'objectif initial: le désengorgement de l'urgence.

D'une part, cette dynamique limite la concertation à des décisions stratégiques entre les gestionnaires d'établissements, mais, d'autre part, elle apporte directement à l'ensemble du milieu une nouvelle ressource en santé mentale sur le territoire du Haut-Richelieu.

Quelques mois après le lancement du programme, le comité responsable de l'implantation de l'équipe de crise est amené à proposer au fiduciaire, soit le centre hospitalier, que le service prenne une orientation plus communautaire et moins hospitalière. Cette orientation, qui a reçu un accueil favorable du directeur général de ce centre, vise à développer sur le territoire un réseau d'intervention en situation de crise. Devant cette perspective, ce même comité recommande subséquemment aux directeurs généraux des établissements qu'un des CLSC devienne le responsable de la gestion et des opérations de l'équipe de crise. Dans ce cadre, les orientations du projet devaient être assumées par l'ensemble des CLSC de la sous-région en lien avec le centre hospitalier.

Ces recommandations s'appuient en grande partie sur les résultats obtenus par le service d'intervention de crise lors des premiers mois d'activité du projet, soit du 23 juillet 1988 au 19 février 1989. Sur ce plan, nous relevons deux observations majeures alors que la coordonna-

trice occupait un local à l'urgence-observation psychiatrique de l'hôpital durant cette période. Premièrement, cinq des 119 personnes rejointes avaient généré 148 interventions de crise, soit 41,5 % de l'ensemble des demandes d'aide. Deuxièmement, une étude spécifique de ces utilisateurs fréquents du service a montré que ces interventions de crise n'ont pas permis de réduire la fréquence de leurs visites et de leurs séjours à l'urgence et à l'observation psychiatrique, mais qu'elles ont plutôt servi à diminuer leurs visites à la clinique externe de psychiatrie.

Considérant ces résultats, il n'en fallait pas plus au comité d'implantation de l'équipe de crise pour montrer que le programme avait dérivé de son objectif d'intervention de crise au profit d'une prise en charge des clientèles. Les recommandations mentionnées précédemment étaient donc de nature à corriger cette situation, en sollicitant davantage la collaboration du réseau de ressources communautaires pour le suivi des clientèles vivant des difficultés d'ordre émotionnel. C'est ainsi que le programme est amené à se donner une identité conforme à cette orientation en adoptant l'appellation «Réseau d'intervention en situation de crise» lors de son lancement officiel en janvier 1989.

Toutefois, cette sollicitation des ressources communautaires n'a pas amené leur participation à la gestion du programme, bien que le processus de planification continue exige la participation de tous les partenaires concernés. Cette participation n'était qu'instrumentale plutôt qu'une collaboration formelle à un projet commun.

### **Phase de concertation restreinte et transférée**

La troisième phase de projet, qui se poursuit actuellement, est décrite comme une étape de concertation restreinte et transférée. Elle est caractérisée par un déplacement de la gestion du programme aux directeurs généraux des CLSC et du centre hospitalier, soit aux établissements directement concernés par le projet. Cette nouvelle alliance stratégique est conditionnelle au maintien de l'objectif de désengorgement des services de l'urgence et à l'établissement d'un lien direct entre les CLSC et l'hôpital. Dans ce cadre, l'hôpital demeure le fiduciaire du projet et le CLSC qui accueille le programme a le mandat de gérer et de rendre opérationnelle l'équipe d'intervention de crise. En raison des ressources financières, les interventions à domicile s'adressent principalement aux clientèles situées sur le territoire du CLSC, alors que les interventions téléphoniques ont une portée sous-régionale (l'ensemble du territoire du CLSC).

Cette phase se révèle un exercice difficile de partenariat au niveau du projet, en raison de problèmes d'intégration dans le réseau étudié et de l'absence de mécanismes de coordination sous-régionaux. D'abord, ce programme a été isolé au sein même de l'établissement gestionnaire en raison de son caractère temporaire. Ensuite, il a été nécessaire de négocier un statut particulier des intervenants de crise avec un des syndicats du CLSC. Enfin, ce statut particulier s'est aussi manifesté dans la gestion du projet, qui relève directement de la direction générale de l'établissement gestionnaire.

Par ailleurs, les questions ayant trait à la responsabilité médicale, à la confidentialité et à l'accès aux dossiers des bénéficiaires sont autant de difficultés à surmonter ou à contourner dans les rapports entre les professionnels et entre les organismes. S'y ajoutent les résistances, tant des organismes institutionnels que communautaires, à s'intégrer dans un réseau d'intervention proposant accueil, évaluation, réponse immédiate et orientation des demandes d'aide des bénéficiaires. Enfin, l'absence ou la quasi absence d'un comité de coordination, responsable de l'implantation du service d'intervention de crise dans le milieu, est certainement responsable de la faiblesse des liens actuels entre les ressources au niveau du suivi des clientèles. Ce faisant, nous ne pouvons pas prétendre qu'a été développé un réseau d'intervention en situation de crise dans la sous-région. La mise sur pied d'un tel réseau exige une réflexion à propos de l'infrastructure nécessaire à son implantation, ainsi que des modes de collaboration entre les professionnels et entre les organismes pour répondre aux besoins des clientèles en difficulté émotionnelle.

Au cours de cette phase, soit du 19 février au 30 novembre 1989, les principaux résultats obtenus par rapport à la clientèle du programme sont les suivants: d'une part, nous constatons une augmentation sensible de la fréquentation, en raison de la publicité faite dans les journaux locaux et les organismes du milieu. Pour cette période, 289 individus ont été rejoints et plus de 1 128 demandes d'aide ont été adressées à ce service. D'autre part, sept de ces personnes ont bénéficié de 249 interventions de crise, soit 21 % de l'ensemble des demandes d'aide.

Si l'augmentation de la fréquentation du service constitue une réponse à des besoins, force est de reconnaître que le projet s'est encore éloigné de l'objectif d'intervention de crise, en prenant en charge le suivi de certaines personnes. Un examen spécifique des trois derniers mois de notre recensement montre cependant une réduction importante et même, pourrait-on dire, une absence de prise en charge des clientèles récurrentes. Ce changement s'est traduit par une limitation des interven-

tions auprès de ces clientèles, dont la majorité des appels étaient davantage liés à des problèmes d'isolement et de solitude qu'à des situations de crise. Ce procédé permet de retrouver la spécificité de ce programme, soit les interventions de jour quant au suivi des clientèles psychiatriques et/ou psychosociales sur le territoire du Haut-Richelieu.

Selon nous, le succès ou l'échec d'un programme sous-régional tel que les interventions en situation de crise dans la communauté dépend avant tout de l'intérêt des organismes à coordonner leurs actions. Il n'existe pas de structure sous-régionale ou d'unité territoriale mi-toyenne, c'est-à-dire à mi-chemin entre une communauté et un ensemble régional, mandatée pour exercer un leadership au niveau d'un secteur d'intervention comme la santé mentale; cela pose une difficulté de plus dans la coordination des actions des organismes. S'il est vrai que la structure des municipalités régionales de comté (MRC) convient bien à une telle perspective, elle n'offre pas la «masse critique» suffisante qui justifierait la mise sur pied d'un programme d'intervention en situation de crise dans le Haut-Richelieu. Faute d'une telle structure, nous nous interrogeons sur la viabilité de ce programme dans son cadre actuel de gestion. L'autre solution suggérée par des directeurs généraux de CLSC serait que le programme soit intégré à un autre service existant dans la sous-région, soit le centre 24/7 de l'un des CLSC du territoire. Il s'agit d'un centre d'intervention et de référence ouvert 24 heures sur 24, sept jours par semaine, qui dessert l'ensemble du territoire du Haut-Richelieu. Cependant, cette proposition n'est pas valable dans les circonstances actuelles, puisque l'objectif ne serait pas respecté, le service se limitant à l'intervention téléphonique. Bien que l'action directe dans le milieu ne représente que 14 % des interventions, elle constitue la spécificité du programme initial.

### **Atteinte de l'objectif général du programme**

D'une manière générale, l'examen des effets du programme d'intervention en situation de crise sur les services de l'urgence du centre hospitalier nous révèle que ce programme n'est pas de nature à désengorger directement ces services en ce qui concerne les séjours de plus de 48 heures à l'urgence ou dans des civières d'observation. Le fait est qu'il n'offre pas de traitements et de suivis psychiatriques, ni de lits d'hébergement. Par contre, on ne peut pas nier que des interventions en situation de crise auprès d'individus en détresse émotionnelle vivant dans la communauté ont permis d'éviter l'utilisation des services de l'urgence. Le personnel hospitalier reconnaît lui-même cette situation dans certaines de leurs observations:

- les appels téléphoniques à l'urgence sont moins fréquents et sont maintenant référés au service d'intervention de crise;
- de plus, ce service a permis de réduire la fréquence des visites et des séjours à l'urgence et à l'observation de certaines clientèles connues de ces services, de répondre immédiatement à d'autres personnes en attente d'une prise en charge et de dissuader des individus de commettre des actions suicidaires ou homicides.

Toutefois, nous devons reconnaître avoir besoin de plus de temps pour observer des changements significatifs chez les clientèles psychiatriques et/ou psychosociales vivant dans la communauté quant à l'utilisation des services de l'urgence. De plus, la poursuite du programme d'intervention en situation de crise nécessite l'injection de fonds additionnels pour les interventions dans la communauté. D'une part, il s'agit de rétablir une certaine équité des ressources sur l'ensemble des territoires de CLSC de la sous-région. D'autre part, cela peut amener certains partenaires à de meilleures dispositions vis-à-vis un projet perçu comme étant celui de Saint-Jean-sur-Richelieu. Enfin, ces interventions de crise menées dans la sous-région doivent être soutenues davantage par les communautés d'appartenance quant au suivi des clientèles.

## **Conclusion**

Ce programme d'intervention en situation de crise sur le territoire du Haut-Richelieu poursuit son cheminement en terme d'opérationnalisation et d'autres phases sont en train de se structurer.

L'analyse descriptive du processus d'implantation de ce programme nous éclaire sur la pratique du partenariat proposée par la Politique en santé mentale. Ce partenariat est vu comme le nouveau contrat social entre les acteurs du système de soins et services en santé mentale. Le tableau 2 ci-après illustre les contraintes et les conditions de réalisation du partenariat souhaité.

Si l'on analyse la pratique du partenariat autour d'un nouveau service comme celui relevant de la première ligne et de l'intervention de crise, on constate autour du système de prestation de services un environnement complexe, dynamique et constamment en mouvance. Au terme de cet article, nous proposons une piste de réflexion permettant de situer les enjeux véritables sous-jacents au partenariat et qui doivent conduire à «faire autrement» et non pas à «faire plus de la même chose»<sup>2</sup>.

La description sommaire des contraintes et des conditions de réalisation du partenariat dans notre milieu renvoie à une analyse plus globale. L'ensemble des établissements et des organismes sont dans une



**TABLEAU 2**  
**Synthèse des contraintes et des conditions de**  
**réalisation d'un partenariat**

| Contraintes   | Conditions   |
|---|--|
| — Fragilité d'un partenariat anticipé basé sur une possibilité de projet;                 | — Mobilisation des partenaires dans l'élaboration d'un projet commun: reconnaissance du potentiel de chacun; existence de rapports ouverts; adoption d'objectifs communs (MSSS, 1989); |
| — Délais liés à la résistance au changement;  | — Tenir compte du temps qui passe;   |
| — Dissociation des structures de gestion et d'intervention;                               | — Maintien de liens étroits entre les centres de décision et la programmation des services;  |
| — Impératifs spécifiques de chacun des partenaires:                                       | — Considération d'ensemble des demandes de développement dans une perspective de planification stratégique collective;   |
| — CH: désengorgement de l'urgence;  |  |
| — CLSC: implantation d'équipes en santé mentale;  |  |
| — CSS: recherche de la consolidation de leur champ de pratique;                           |  |
| — Ressources communautaires de service et alternatives: recherche de reconnaissance       |  |
| — Polarisations idéologiques:   | — Autonomie et initiative des praticiens, capacité d'affrontement des professionnels et des organismes;  |
| — santé mentale vs psychiatrie;   | appartenance à un réseau de services plutôt qu'à des ensembles corporatifs;  |
| — promotion vs services;  |  |
| — 1 <sup>re</sup> ligne vs soins spécialisés;   | — Maintien d'une unité de gestion du projet;   |
| — communautaire vs institutionnel;  | — Ouverture aux changements;   |
| — Alliances stratégiques et concertations restreintes;                                    |  |
| — Contraintes administratives et syndicales;  | — Nécessité d'un mécanisme formel de coordination sous-régionale.  |
| — Absence de mécanismes de communication formels, interprofessionnels et interorganismes. |  |

situation d'interdépendance complexe, dans laquelle la collaboration volontaire se tisse en fonction de la proximité géographique, de la reconnaissance des idéologies et des philosophies d'intervention, des types d'interventions spécialisées ou non spécialisées et au gré des relations interpersonnelles des gestionnaires et des intervenants.

Les sous-systèmes d'action ou de pratique des acteurs nous apparaissent donc déterminants. Ces sous-systèmes sont caractérisés par les composantes suivantes: la délimitation des champs de responsabilité et de pratique, les modalités organisationnelles des soins et services, ainsi que les objectifs et les philosophies d'intervention. La première composante fait référence à différentes définitions polarisées entre elles, par exemple: la santé et la maladie, le social et le médical, le communautaire et l'institutionnel, etc. La seconde composante concerne les lieux de pratique et leur organisation. Quant à la dernière, elle touche plus spécifiquement les approches et les pratiques d'intervention (la prévention versus le curatif, la prise en charge versus l'autonomie, l'individuel versus le collectif, etc.).

Le recadrage de la pratique qui placerait la personne au centre du système de prestation des soins et services n'est pas encore une théorie pratiquée. Les principes d'action observés sont essentiellement centrés sur les composantes mentionnées plus haut, définissant l'identité de chacun des acteurs et leurs rapports avec les usagers.

On pourrait se demander pourquoi ces sous-systèmes de pratique ne conduisent pas à «faire autrement». Une des hypothèses qui serait intéressante à vérifier est celle de la définition d'un discours apparemment consensuel centré sur la personne, la globalité, la multidisciplinarité, le partenariat: en somme, la production d'un discours idéologique collectif qui justifie et maintient la poursuite d'objectifs individuels. Ces objectifs peuvent être autant ceux d'intervenants que ceux des établissements et des organismes. Nous sommes amenés à poser cette hypothèse à la suite de l'observation et de l'analyse des comportements des intervenant-e-s, des établissements et des organismes dans un contexte d'expérimentation dans une région comme celle du Haut-Richelieu.

## NOTES

1. Les sources d'information présentées dans cet article sont incluses dans la référence suivante: Viens, C., Lebeau, A. *et al.*, 1990. *Une équipe d'interventions en situation de crise sur le territoire du Haut-Richelieu, rapport d'appréciation*, Département de santé communautaire de l'hôpital du Haut-Richelieu, mars, 75 p.

2. Nous empruntons ici les expressions de Watzlawick de l'école de Palo Alto sur sa théorie du changement.

## RÉFÉRENCES

- BELLAVANCE, M., 1985, *Les politiques gouvernementales: élaboration, gestion, évaluation*, Agence d'ARC, ENAP.
- GENDREAU, C., LEBEAU, A., 1988, *Conditions de pratique de réseau dans une approche systémique de développement dans la sous-région du Haut-Richelieu*, Département de santé communautaire de l'hôpital du Haut-Richelieu.
- GENDREAU, C., LEBEAU, A., 1987, *Proposition d'un plan de développement intégré des services en santé mentale et en psychiatrie dans le territoire du Haut-Richelieu*, Département de santé communautaire de l'hôpital du Haut-Richelieu.
- LAGACÉ, C., 1988, *Conception d'un protocole d'évaluation pour le programme d'équipes d'interventions de crises en santé mentale*, ENAP.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989, *Politique de santé mentale*, Gouvernement du Québec.
- PROULX, J., 1987, Programme cadre, *Le Centre de crise de la sous-région de Longueuil*, Conseil de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- VIENS, C., LEBEAU, A. et al., 1990, *Une équipe d'interventions en situation de crise sur le territoire du Haut-Richelieu, Rapport d'appréciation*, Département de santé communautaire de l'hôpital du Haut-Richelieu.

## Partnership in Practice: An Exploratory Analysis Through the Development of a Crisis Intervention-Center in the Haut-Richelieu Area

### ABSTRACT

This article analyzes the concept, the implementation process and the objective of a crisis intervention center in the Haut-Richelieu area. It examines the driving and resisting forces to the practice of partnership as established by the Quebec government in its official policy for mental health. The authors describe the practice of partnership during the different phases of the project's implementation by showing the impact of this approach on the risks involved or on the potential for misdirection. In addition, the authors identify some of the weaknesses related to this approach. Following this description of how the project has progressed, the authors discuss the constraints and success factors of this type of partnership in order to compare the logic and obligations of this approach with an approach originating from the common desire and collective will to meet familiar needs.